CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR

N° 2.

LES INFLAMMATIONS DE POITRINE,

désignées par les noms

DE PLEURÉSIE, PNEUMONIE, PÉRICARDITE.

DISSERTATION

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 4 janvier 1837,

PAR

Antoine-Laurent LAPEYRE,

de LAROQUEBROU (Cantal),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Anima enim omnis carnis in sanguine est.

(Biblia Sacra).

Le sang est le trésor de la vie.... Or, je serai toujours d'avis que, pour saigner, on prenne conseil d'un docte médecin ; car, avec le sang l'esprit vital se perd, les forces s'affaiblissent et le corps se refroidit ; on abrège ainsi la vie du pauvre malade. Ambroise Paré.

MONTPELLIER,

J. MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

près de l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE,

CHIRURGIEN.

Vos derniers vœux s'accomplissent aujourd'hui, mon Père! *Je vais entrer dans la carrière que vous m'avez tracée, et où je retrouverai le souvenir de vos vertus. Puisse-t-il m'y guider! et comme vous, j'emporterai dans la tombe l'espoir d'un repos assuré et les regrets de mes concitoyens.*

A MA MÈRE.

Je suis heureux aujourd'hui, ma Mère: *c'est de pouvoir vous rendre en repos et bonheur tout ce que vous m'avez sacrifié de sollicitude et de larmes.*

A.-L. LAPEYRE.

A mon frère aîné ANTOINE,

PRÊTRE.

Le soin de mon éducation fut l'héritage que vous laissa l'auteur de nos jours; vous avez répondu, comme vous le deviez, à la mission qu'il vous imposa de son lit de mort; mais moi, mon Frère, *comment m'acquitterai-je des devoirs que m'ont imposés vos soins et vos sacrifices? Puissé-je le faire, en vous offrant ce léger tribut de reconnaissance et en vous aimant toujours!*

A ma sœur FRANÇOISE-MARIE,

RELIGIEUSE-HOSPITALIÈRE.

Ton amour, tes peines, tes espérances, chez toi tout fut maternel pour moi. O ma bonne Sœur, *que n'ai-je ton cœur pour te rendre tout ce que tu m'as donné d'amour et de soins!*

A mon frère JEAN-PIERRE-LOUIS, Prêtre;

A MON AUTRE FRÈRE ET SŒURS.

Amour éternel et bien vivement senti.

A l'abbé Adolphe Buchmuiller,

et à Pierre-Théodore Delord.

Amitié bien sincère.

A.-L. LAPEYRE.

INTRODUCTION.

Le corps humain se compose de trois cavités superposées, renfermant chacune une série d'organes appropriés à une fonction particulière. Ces fonctions acquièrent de la dignité et de l'importance, à mesure que le lieu où elles sont exercées s'éloigne des parties inférieures. L'abdomen, placé le plus près du sol, est chargé de la première élaboration du suc qui doit devenir nourricier; la poitrine lui donne un plus haut degré d'animalisation, en fait du sang, et l'envoie par un mouvement périphérique dans l'intimité de tous nos tissus. Le crâne, qui couronne l'édifice, est le siége de l'intelligence et un centre puissant d'innervation. Ainsi, la chylose appartient au bas-ventre, l'hématose au thorax, et la psychose aux organes crâniens.

Ces trois ordres d'action, quoique distincts et pouvant être étudiés séparément, se confondent pourtant dans l'unité vitale, qui constitue l'homme en un tout organique, agissant harmoniquement: *magnum organum*, comme dit Hippocrate.

En connaissant les fonctions des parties contenues dans chacune de ces cavités, on pourrait penser *à priori* que leurs maladies doivent présenter une physionomie distincte; c'est, en effet, ce que l'observation a constaté. Un praticien un peu expérimenté reconnaît ordinairement assez aisément, même au premier aspect, si le sujet souffre dans la tête, dans la poitrine, dans le bas-ventre. Il y a plus, il existe des médicaments

dont l'action se porte spécialement vers l'une ou l'autre de ces cavités.

Il résulte de-là qu'il doit être utile d'étudier séparément ce qui se passe dans chacune d'elles, quand les fonctions s'exercent morbidement. C'est ce que nous allons tenter pour la poitrine, en nous occupant spécialement de la maladie que l'on appelle *inflammation*.

Nous allons donc dire quelques mots des inflammations de poitrine les mieux connues et les plus remarquables. Pour cela, nous ferons un rapprochement synthétique de ce que nous avons vu dans les auteurs touchant la phlegmasie des principaux organes thoraciques.

Ce travail, qui suppose une érudition étendue, la connaissance des faits et beaucoup de philosophie, n'est pas du nombre de ceux dont un élève puisse se charger. Cette réflexion nous aurait arrêté, si nous avions eu la prétention d'instruire ou de proclamer des vérités nouvelles. Mais qui pourra nous supposer cette prétention, lorsque nous aurons dit que nous n'écrivons que pour nos Juges ? Heureux s'ils ne trouvent dans cette Dissertation que ce qu'ils nous ont enseigné, s'ils reconnaissent que tout ce qu'elle renferme leur appartient. Nous serions sûr alors de n'avoir point erré, et nous n'aurions pas besoin de l'indulgence que nous demandons à tous ceux qui, par devoir ou tout autre motif, seront appelés à nous lire.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

sur les

Inflammations de Poitrine

désignées par les noms

de Pleurésie, Pneumonie, Péricardite.

J'ai dit que la poitrine était principalement le réceptacle des organes de l'hématose ; en conséquence, toutes les fois qu'une partie nécessaire à cette fonction se trouvera dans un état de souffrance, la formation du sang et sa projection dans l'économie éprouveront des difficultés. Quand l'hématose est essentiellement gênée, les absorptions interstitielles ne sont plus remplacées par des assimilations proportionnelles, les nutritions se font mal, le corps s'appauvrit: de-là cet état connu sous le nom de *phthisie*, qui est si souvent

la conséquence des affections longues de la poitrine. Quand c'est le mouvement circulatoire qui est principalement dérangé, le sang s'embarrasse dans les canaux qu'il parcourt : de là des anhélations, des suffocations. Dans les maladies aiguës du thorax, la modification phthisique n'a pas le temps de s'établir ; cependant l'amaigrissement qui fait en peu de jours de rapides progrès annonce la fonction importante qui est lésée. Quant au second état, qui est caractérisé par la difficulté de la respiration, il est très-commun.

Groupez autour des effets d'une lésion de l'hématose, de la circulation aérienne et sanguine, les résultats des actes sympathiques généraux ou locaux, suscités dans les parties qui sont en relations organiques et vitales avec les instruments des fonctions que je viens de nommer, et vous aurez l'idée d'une maladie de poitrine. Si les phénomènes se succèdent rapidement et se précipitent vers la mort ou la guérison, ce sera une maladie aiguë ; s'il s'opère dans le tissu un travail intime, bien connu surtout depuis ces derniers temps et qu'on appelle *phlegmasie*, vous aurez une phlegmasie, une inflammation aiguë.

Dans ces cas, la mort peut provenir: 1° d'un trouble général du système, en vertu du trouble local qui existe dans des organes occupant un haut rang dans la hiérarchie ; 2° d'un trouble

dans l'acte respiratoire, suffocation; 3° d'un dérangement dans l'action du cœur, syncope. Je ne parle pas ici des complications dont je ne puis ni ne dois m'occuper.

Après ce coup-d'œil général jeté sur mon sujet, j'en aborde les détails, que j'exposerai en m'occupant successivement : 1° de la manifestation symptomatique des inflammations de poitrine; 2° de leur allure, de leur marche, de leurs terminaisons, de leur gravité; 3° des circonstances anatomiques qui s'y rapportent; 4° des causes externes et internes qui donnent le plus souvent lieu à ces maladies; 5° des modes suivant lesquels on peut empêcher leurs funestes effets, et des moyens à l'aide desquels on remplit ce but.

DE LA MANIFESTATION SYMPTOMATIQUE DES INFLAMMATIONS DE POITRINE.

L'ensemble des symptômes qui dévoilent une inflammation d'un organe thoracique, a été pendant long-temps considéré comme exprimant une seule et même maladie, devenue populaire sous le nom de *fluxion de poitrine*. Depuis, une connaissance plus complète de la structure anatomique et une analyse plus exacte des symptômes ont appris à distinguer des choses jadis confondues entre elles. Souvent, en effet, maintenant on diag-

nostique différentiellement la pleurésie, la pneumonie, la péricardite. Quelque confiance que l'on puisse avoir dans les moyens propres à parvenir à ce but, nous sommes obligé de convenir que leur secours nous fait faute dans plusieurs circonstances, et que le praticien le plus expérimenté ne sait au juste qu'à l'ouverture du corps quelles sont les parties atteintes par l'inflammation.

Les modifications symptomatiques les plus importantes d'une inflammation thoracique un peu intense, sont: la fièvre, la douleur, les lésions de la respiration. Il apparaît d'autres phénomènes généraux ou sympathiques; mais comme je traite ici de ce qui se passe le plus communément et de ce qui offre le plus d'intérêt, on me permettra de glisser rapidement sur certains objets et d'en passer d'autres sous silence.

Fièvre. L'importance de la connaissance de la fièvre, dans les phlegmasies thoraciques, était bien sentie par les anciens qui lui attribuaient la plus grande part dans l'acte d'évolution des phénomènes morbides. Les modernes, ne voyant dans cette fièvre qu'une série de phénomènes de réaction pure, que l'ombre d'un corps, en un mot, ne lui ont accordé qu'une attention secondaire, et se sont principalement adressés, pour se

guider, aux notions capables de révéler la nature, l'étendue, l'intensité de la lésion anatomique. A mon sens, c'est souvent une grave erreur ; et si, dans quelques cas, les anciens ont exagéré l'importance de l'affection fébrile, leurs successeurs sont tombés dans le vice opposé.

Voici une distinction importante à faire à ce sujet :

La fièvre peut n'être qu'une affection produite uniquement par la souffrance du tissu enflammé ; alors c'est ce dernier qui doit principalement attirer l'attention. Dans ces cas, les symptômes fébriles apparaissent en même temps que le travail phlegmasique local; ils en suivent les phases, les vicissitudes ; on a alors essentiellement des pleurésies, des pneumonies.

Dans d'autres cas, qui sont moins rares qu'on ne le suppose, la fièvre est le phénomène générateur, celui qui occupe le plus haut rang dans l'ordre pathogénique ; elle apparaît la première, reste plus ou moins long-temps seule, et présente, suivant sa nature propre, des caractères divers. Elle est tantôt catarrhale, tantôt bilieuse, adynamique, ataxique, etc. Après vingt-quatre ou vingt-huit heures, il se manifeste une exacerbation, pendant laquelle se font remarquer les signes d'une congestion vers la poitrine.... Il n'est pas rare alors que la fièvre, de même que les

symptômes qui annoncent cette congestion, diminuent d'intensité, mais sans jamais cesser entièrement. L'exacerbation du lendemain est remarquable par la plus grande vigueur des symptômes de l'inflammation. Les choses se passent de cette manière pendant quelques jours, toutefois avec aggravation croissante de l'état de la poitrine.

Enfin, la fièvre devient continue, et alors la phlegmasie est parvenue à son état (1).

Ici la maladie mérite principalement le nom de fièvre pneumonique, pleurétique, péripneumonique ; elle affecte souvent, ainsi qu'on l'a vu, le type rémittent, avec tendance à la continuité : on pressent déjà tout le parti que l'on peut tirer de cette distinction pour le traitement.

La fièvre peut être encore intermittente, à accès bien distincts ou d'une manière masquée, ce qui constitue une espèce des fièvres *comitatæ* de Torti. Quel est l'objet le plus important ici de la fièvre ou de l'inflammation? La réponse est facile.

Dans beaucoup de cas de fièvres péripneumoniques, les symptômes pectoraux se dessinent peu ou mal, parce qu'une fluxion décidément inflammatoire a peine à s'établir : cela arrive chez les sujets faibles, lymphatiques, les vieillards, les enfants, dans les affections catarrhales. La *peri-*

---

(1) Baumes, Leçons orales.

pneumonia notha de Sydenham, sur laquelle Grant a disserté avec beaucoup de talent, peut se ranger dans cette catégorie.

Les exemples d'inflammation de poitrine dans lesquels la fièvre a dominé l'état phlegmasique, sont communs dans les anciennes collections : on commence à les retrouver dans les ouvrages modernes.

Si l'on désire des observations concluantes d'inflammations soumises au génie adynamique ou ataxique, on consultera avec fruit Baillou, Frank, Rush, etc. Quant aux ouvrages qu'on lit plus habituellement que ces derniers, voyez Laennec, t. I, p. 490, 2e éd. ; Dumas, *Appendice aux maladies chroniques, p.* 42 ; *Revue médicale, avril* 1827, *p.* 46 *et suiv.* Stoll, Finke, Tissot fourniront de beaux faits d'inflammation de poitrine dites bilieuses ; on en trouvera dans la *Gazette médicale,* 18 *septembre* 1832.

Quelquefois les rapports réciproques de l'inflammation avec l'affection fébrile seront difficiles à établir, à cause que les choses ne se passent pas aussi clairement que je l'ai dit plus haut ; alors on s'aidera avec beaucoup de succès de la connaissance du tempérament du sujet, de ses habitudes antérieures, des circonstances où il s'est trouvé, de la cause épidémique, s'il en existe ; enfin, on cherchera à s'éclairer par l'effet des

remèdes, d'après la méthode *à juvantibus et lædentibus*. On sait qu'une inflammation pure et simple, franche et légitime, exige une médication anti-phlogistique. Si celle-ci, méthodiquement employée, ne produit pas de bons résultats ou aggrave l'état du malade, on est amené à penser qu'il y a autre chose que l'inflammation, et l'on se tourne d'un autre côté.

Que l'on se souvienne que, dans la fièvre pleurétique par exemple, la fièvre subsiste quelque temps sans que rien apparaisse dans la plèvre; tandis que, dans la pleurésie simple, l'épanchement pleurétique est complétement formé, lorsque rien de fébrile ne s'est encore montré. Dans le cours de la maladie et vers la fin, c'est principalement à l'état fébrile qu'il faut emprunter les notions propres à établir un bon pronostic. Quelquefois la lésion locale est annihilée, et cependant la fièvre subsiste: il ne faut donc pas se relâcher de la vigueur du traitement. Un auteur moderne a dit (et ces paroles sont très-significatives dans sa bouche): « Il semble que dans la pleurésie la fièvre régisse l'inflammation, et non point l'inflammation la fièvre... La fièvre est un meilleur guide que l'état local pour les indications thérapeutiques (1). » On voit

(1) Cruveilhier, Dict. de méd. et de chir. prat., t. XIII, p. 329-30.

que les vieilles idées que j'ai émises plus haut commencent à reparaître.

Ne soyons cependant pas exclusif : il arrive quelquefois que la fièvre a cédé, et cependant l'état pleurétique ou péripneumonique subsiste encore ; il est indiqué seulement par les signes physiques. Ici, et pour des motifs inverses à ceux que j'indiquais tout-à-l'heure, il ne faut pas proclamer le sujet guéri et se comporter en conséquence. Tout n'est pas terminé, et le retour des symptômes fâcheux est encore à redouter : j'ai vu des rechutes dues à l'ignorance du fait dont je parle ici.

Quand la fièvre est symptomatique, le pouls est fréquent, la céphalalgie vive, la face rouge, les yeux animés, la peau chaude, soif, etc. ; elle accroît progressivement ; les frissons qui en ont marqué le commencement reviennent, mais moins intenses, s'il se forme du pus, et elle disparaît en même temps ou plus tôt que l'inflammation. Les mouvements critiques sont annoncés par un accroissement ou intensité de cet appareil fébrile.

Pour l'ordinaire, dans la pneumonie franche, le pouls est assez fort, plein et fréquent. Dans la pleurésie du même caractère, il est dur et serré, et ceci, dit M. Double (1), est plus marqué du

(1) Séméïologie générale, t. II, p. 137.

côté où siège la maladie que du côté opposé. Dans la péricardite, le pouls est souvent petit, déprimé, inégal, irrégulier, très-précipité.

Douleur. La douleur est ordinairement le premier symptôme qui indique que la poitrine va être le siége principal de la maladie ; elle se fait sentir à droite ou à gauche, suivant que l'organe souffrant est situé de l'un ou de l'autre côté. Toutefois, le praticien ne peut pas ignorer que ce mode de détermination peut être trompeur : ainsi, Laennec (1) affirme que, dans la pleurésie, la douleur quelquefois n'est sensible qu'au côté sain. On lit dans Morgagni (2) une observation curieuse dans laquelle les traces de l'inflammation ont été trouvées au côté opposé où la douleur s'était fait constamment sentir pendant tout le cours de la maladie.

Il peut arriver aussi que la douleur manque complétement pendant une période ou pendant la totalité de la durée de l'inflammation. Morgagni cite des observations de pleurésies de ce genre ; mais ces faits sont l'exception. La douleur existe le plus souvent, et l'étude de ce phénomène est fort utile.

---

(1) T. II, p. 144.

(2) Cité par Grimaud, Traité des fièvres, t. II, p. 224.

A ce sujet, j'établirai comme généralement vraies les propositions suivantes :

L'époque de la plus grande intensité de la douleur est celle du début ; ordinairement elle a cessé long-temps avant la fin de l'inflammation.

La douleur est pongitive, vive, principalement dans la pleurésie ; le malade souffre le plus dans l'inspiration.

La douleur n'apparaît avec ce caractère dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie.

Lorsque la pneumonie existe seule, le malade éprouve, du côté affecté, une sensation de gêne et de malaise, une sorte de pouls, une chaleur incommode et profonde, plutôt qu'une véritable douleur.

J'ai dit qu'il y avait des faits de pleurésies, de pneumonies, de péricardites graves, mortelles même, sans douleur : ceci arrive assez souvent quand ces maladies viennent se surajouter à une affection profonde déjà existante. Quelquefois aucun symptôme appréciable n'indique ces inflammations, si ce n'est dans quelques cas, ceux que peut fournir l'auscultation. « Il est, dit M. Dance, des cas plus fréquents qu'on ne pense, dans lesquels de profondes lésions des organes thoraciques ne se traduisent au-dehors par aucune gêne apparente de la respiration, par aucun

trouble, aucune douleur ; ceci arrive non-seulement pour la pneumonie, la pleurésie, mais encore pour d'autres lésions, telles que les épanchements purulents (1).

Dans la péricardite simple, dégagée de toutes complications, la douleur manque absolument ou se fait peu sentir ; elle est vive, au contraire, lorsque la plèvre est en même temps enflammée. Elle n'est jamais plus poignante que dans les cas où la portion de la plèvre qui recouvre le diaphragme à gauche est atteinte.

Du reste, la douleur péricarditique est semblable à celle de la pleurésie ; elle occupe la région précordiale, s'irradie du côté gauche vers l'aisselle, le bras, tantôt vers l'épigastre ou l'hypocondre. Comme la douleur pleurétique, elle augmente par les percussions, la toux, les mouvements respiratoires ; elle empêche le malade de se coucher sur le même côté (2).

Lésions de la respiration. Je comprends sous ce titre : 1° l'état de la respiration, 2° la toux et les produits qu'elle amène, 3° les signes physiques.

Etat de la respiration. L'état de la respiration a été, de tout temps, considéré par les bons mé-

(1) Dict. de méd., 2e édit., t. IV, p. 393.

(2) Bouillaud, Tr. cliniq. des maladies du cœur, t. 1er.

decins comme ce qu'il y avait de plus important et de plus significatif pour la prévision de l'issue des maladies aiguës de poitrine.

Lorsque la douleur s'unit à la difficulté de respirer, on peut affirmer qu'il y a inflammation ou tout au moins spasme considérable dans un des points des organes respiratoires.

La respiration est fréquente dans les phlegmasies pulmonaires, soit par difficulté ou impossibilité des mouvements, soit parce que, l'hématose ne se faisant pas convenablement, le besoin de l'air est senti d'une manière plus continue ; dans ces cas, la respiration est en même temps petite, et ces qualités portées à un haut degré annoncent un grand danger.

Généralement la fréquence du pouls augmente en même temps que la fréquence des mouvements respiratoires. Lorsque le désaccord se met entre la circulation et la respiration, le danger s'accroît ; alors le pouls retombe dans son état naturel, ou bien devient mou et lent, la respiration étant de plus en plus petite et accélérée.

Cet état de la respiration annonce la dyspnée; mais celle-ci n'est pas toujours sentie par le malade. Il arrive plus d'une fois qu'un individu chez qui tout annonce l'oppression, ne se plaint de rien et déclare qu'il est parfaitement tranquille : ceci a lieu principalement dans la pneumonie.

En général, dans les inflammations de poitrine, la parole est brève, quelquefois entrecoupée.

Dans la pleurésie, chaque inspiration est arrêtée par le sentiment vif de la douleur. Le côté malade se dilate moins que le côté opposé et finit par rester immobile. Souvent, et surtout quand les deux plèvres sont malades, la respiration ne se fait guère que par le diaphragme, elle est toute abdominale.

Dans la pneumonie, les mouvements inspirateurs sont plus amples ; ce n'est pas la douleur qui empêche leur entier développement, comme dans la pleurésie ; c'est le besoin de prendre de l'air le plus souvent possible. Dans la pleurésie latérale, le malade se couche sur le côté affecté, à moins d'une vive douleur aux parties molles extérieures ; le décubitus pneumonique est ordinairement dorsal.

Dans la péricardite, le décubitus est encore sur le dos. Il résulte des observations de M. Bouillaud, que, dans cette maladie, tantôt le sentiment d'oppression est insupportable ; il y a alors jactitation, angoisses, besoin de l'air frais, dilatation des narines, respiration petite et fréquente, visage livide violacé, infiltration des extrémités, etc. ; tantôt même, dans des cas très-graves, le sujet éprouve à peine un léger

sentiment d'oppression. M. Bouillaud rapporte cette différence à la présence ou à l'absence d'une complication pleurétique ; et de même que j'ai dit que la douleur est d'autant plus vive que la plèvre diaphragmatique est enflammée à gauche, de même dans cette circonstance les phénomènes dyspnéiques sont plus prononcés.

Toux et produits qu'elle amène. La toux, qui est un acte dont les mouvements sont combinés pour l'expulsion d'un corps dont on voudrait délivrer les voies aériennes, est souvent provoquée par une simple irritation, sans qu'il y ait rien à expulser. Les efforts qu'elle nécessite augmentent alors le mal, et sous ce rapport M. Broussais a eu raison de dire « que la toux secoue vivement la trachée-artère et la rend douloureuse, vide les vésicules pulmonaires, y fait affluer les mucosités et même le sang, les engorge, les enflamme, ce qui nécessite de nouvelles secousses qui augmentent de plus le châtouillement qui provoque les expirations convulsives.» Plus tard, cependant, quand les produits de l'inflammation sont accumulés, les mouvements de la toux sont indispensables pour en délivrer les canaux pulmonaires ; et malheur à celui qui, par faiblesse ou tout autre motif, ne peut produire avec une énergie suffisante les mouvements synergiques qui constituent la toux et amènent l'expectora-

tion ! Il mourra suffoqué, à moins que la matière ne soit que peu abondante.

La toux est un symptôme à peu près constant dans les inflammations de poitrine, surtout dans la pneumonie ; elle manque dans les cas dits *latents*, dont j'ai parlé plus haut. Une maladie cérébrale, en rendant moins perceptible la sensation qui provoque la toux, empêche souvent cette dernière. Chez les enfants à la mamelle atteints de phlegmasies thoraciques, la toux manque souvent.

Il ne faudrait pas croire que la fréquence et la force de la toux annoncent la violence du mal. Souvent celui-ci est grave, et la toux est peu de chose ; par contre, dans un catarrhe simple, la toux arrive par quintes très-fréquentes, et le mal est très-léger.

C'est dans la pneumonie surtout que le besoin de la toux se fait sentir ; elle ne paraît pas augmenter sensiblement la douleur. Au contraire, quand la plèvre est enflammée, la toux, qui n'est alors qu'un effet sympathique, est très-douloureuse ; le malade y résiste autant qu'il le peut et l'arrête quelquefois, ce qui lui donne une allure entrecoupée.

Dans la péricardite, la toux n'est qu'un épiphénomène, ou bien le signe de l'extension de la maladie aux tissus voisins.

L'expectoration est peu abondante ou nulle dans la même inflammation, à moins de complications; elle est peu considérable dans la pleurésie, et ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté que le sujet rejette des crachats glaireux, presque incolores. Plus tard, par l'effet d'un mouvement critique, l'expectoration peut devenir plus abondante; cela arrive lorsque la fluxion pleurale est remplacée par un travail excréteur, qui s'établit dans les petites bronches: il peut arriver aussi (mais ceci n'est pas commun) que l'épanchement pleural communique dans les bronches à l'aide d'une perforation, et le liquide est rejeté en abondance, à moins de suffocation.

C'est dans la pneumonie surtout que l'étude des crachats est utile à faire. Au commencement, l'expectoration pour la quantité et la qualité est semblable à l'expectoration pleurétique. Bientôt des stries de sang se montrent, c'est du sang non-mêlé et isolé; enfin, ce mélange a lieu, il devient intime, et alors les crachats sont jaunes, rouillés, visqueux, gélatineux, comme du verre fondu, coulant difficilement quand le vase qui les contient est incliné: ces crachats sont caractéristiques de la pneumonie.

Plus les crachats seront rendus difficilement et avec de grands efforts de toux, plus l'on doit juger l'irritation considérable. Cependant, dans

la première période de la maladie, cela ne doit pas étonner : c'est l'état naturel.

Dans la seconde période de la pneumonie, il faut qu'il y ait des crachats. Leur absence annonce ou un haut degré d'inflammation, ou de l'affaiblissement. Leur diminution, leur suppression brusque est de mauvais augure, si une autre excrétion critique supplémentaire ne se fait pas en même temps.

Les crachats purulents, noirâtres (jus de pruneaux), annoncent que la pneumonie est passée à la troisième période dite *de suppuration* (1).

Les crachats noirs, fétides, s'ils s'accordent avec les autres symptômes, annoncent la gangrène.

Des crachats abondants, faciles, épais, opaques, blancs ou jaunes, mêlés d'un peu de sang, annoncent la résolution de l'inflammation.

Signes physiques. Ces signes, dont nous ne contestons pas l'utilité, et dont l'importance a souvent été exagérée, sont insuffisants dans beaucoup de circonstances. Cela arrive quand la maladie est formée bien avant que rien ait pu diriger l'attention du médecin du côté de la poitrine : telle est la pleurésie, dans laquelle il arrive

---

(1) *Post sanguinis sputum, puris sputum, malum.* (Hip., aph. § 7, n° 15.)

quelquefois que l'égophonie ne peut être perçue, parce que l'épanchement a rempli la cavité pleurale, quand l'auscultation est pratiquée. Dans les pneumonies dites *centrales*, dans celles qu'on appelle *lobulaires*, le stéthoscope n'apprend rien de bien significatif. Dans la péricardite, les signes fournis par cet instrument sont fugaces, ou bien ils ont une valeur peu arrêtée dans l'état actuel de la science.

Règle générale, il ne faut jamais établir le diagnostic seulement sur l'observation stéthoscopique : celle-ci doit être contractée par la percussion et par les autres signes qui se tirent de l'état général ou local du malade. Utilisé de cette manière, le stéthoscope rendra de précieux services. Quand la fièvre et les autres symptômes sont tombés, l'auscultation et la percussion peuvent annoncer que le travail morbide local dure encore. Cette connaissance ne peut alors être acquise que de cette manière ; elle sert à éclairer le traitement.

Dans les inflammations de poitrine dites *latentes*, le seul moyen de les reconnaître est le stéthoscope et la percussion. Dans le silence des autres symptômes spéciaux, cette découverte, dont on connaît l'importance, ne pourra être faite par celui qui n'aura pas l'habitude de ces deux modes d'exploration.

C'est dans la pneumonie surtout qu'on les emploiera avec succès; le diagnostic et le pronostic de la pleurésie feront encore éclairer, mais d'une manière moins positive: quant à la péricardite, c'est encore un procès à juger. M. Bouillaud assure que le diagnostic de la péricardite, à l'aide du stéthoscope et de la percussion, est établi sur les signes les plus certains, les plus invariables, et, ajoute-t-il, presque les plus infaillibles.

Malgré la confiance qu'inspire cet observateur, ces assertions ne sont pas encore acceptées par la majorité des praticiens, soit qu'elles aient dépassé la ligne du vrai, soit qu'elles exigent dans leur application une habitude et une éducation de l'oreille, dont cette majorité est encore privée. Nous n'entrons pas dans les détails de ces signes tirés de l'auscultation et de la percussion; on les trouvera exposés dans l'ouvrage de M. Laennec, pour la pneumonie; et pour la pleurésie et la péricardite, dans le *Traité des maladies du cœur*, publié récemment par le professeur Bouillaud.

ALLURE, MARCHE, GRAVITÉ, DURÉE DE L'INFLAMMATION DE POITRINE.

Posons d'abord un principe général: c'est qu'il est rare qu'une des maladies dont je m'oc-

cupe existe seule ; elles se compliquent mutuellement avec une singulière facilité, probablement à cause de la contiguité des tissus. Aussi les anciens qui n'avaient pas la prétention de les distinguer au lit du malade, étaient bien plus près de la vérité que ceux d'entre les modernes qui assurent que cela est toujours possible. La combinaison la plus fréquente est celle de la pleurésie et de la pneumonie ; elle est connue sous le nom de *péripneumonie :* c'est la forme habituelle de l'inflammation de poitrine, la fluxion de poitrine proprement dite.

La péricardite, je l'ai déjà dit, existe rarement sans inflammation des portions pleurales voisines. Quand cette complication n'a pas lieu, le mal est extrêmement difficile à reconnaître ; on peut même dire que la plupart des signes attachés à cette phlegmasie proviennent, non de la lésion du péricarde, mais de la lésion de la plèvre. Laennec a soutenu que, de toutes les péricardites, la plus latente est celle où l'on ne rencontre aucune complication. Corvisart assure qu'il ne possède aucune observation propre d'une péricardite aiguë sans complication.

Notons donc cette susceptibilité de la plèvre à s'enflammer, lorsque les tissus voisins le sont déjà. Souvenons-nous qu'il y a souvent un peu de pleurésie dans la pneumonie, de la pneumonie

dans la pleurésie, et presque toujours de la pleurésie dans la péricardite; en un mot, pleuro-pneumonie, pleuro-péricardite, tel est le mal que l'on a ordinairement à combattre.

Toutefois, si les phénomènes de spasme et de douleur dominent, et que rien d'anormal ne se fasse apercevoir du côté du cœur, vous pouvez croire que la maladie est particulièrement pleurétique. Sans croire cependant à l'absence de tout point pneumonique (1), on croira sans peine, d'après ce qui précède, que la pleurésie diaphragmatique gauche doit être bien difficile à distinguer de la péricardite. C'est, en effet, ce qui a lieu, de l'aveu même de M. Bouillaud.

Lorsque les signes d'une congestion active

---

(1) La véritable distinction pratique à établir entre la pleurésie et la pneumonie, doit être fondée sur ce que la pleurésie présente une maladie plus décidément nerveuse, et le génie nerveux survenu s'annonce par la douleur; la péripneumonie est plus décidément humorale. (Grimaud, *Traité des fièvres*, tom. II, pag. 225.)

La dureté du pouls dans la pleurésie et plus de mollesse dans la pneumonie étaient pour les anciens un signe différentiel très-important. On connaît l'opinion de Sarcone, qui rapportait la pleurésie à l'affection des parties sensibles de la poitrine, soit les nerfs, soit les bronches, et la pneumonie à l'affection des parties vasculaires. Sauf les corrections que les progrès de l'anatomie pathologique ont dû amener, ce langage est unanimement pratiqué.

vers la poitrine se manifesteront, et que le pouls et les autres symptômes généraux, les causes, etc., annonceront une inflammation franche et légitime, il faudra penser que la maladie est essentiellement une pneumonie.

Un trouble constant du côté du cœur, une tendance aux lypothimies, aux syncopes, plus tard des effets indiquant que le sang circule mal, infiltration, lividité de la face, etc., feront soupçonner que le péricarde est affecté : telle est la physionomie générale de ces maladies.

Quant à la marche, la durée, la gravité, etc., elles varient beaucoup, et on le croira sans peine si l'on se rappelle la grande distinction faite au commencement de cette Dissertation. Ainsi, ces phénomènes différeront selon que l'inflammation sera 1° simple, idiopathique; 2° qu'elle dépendra d'une autre maladie; 3° qu'elle constituera une complication, un accident.

Inflammations de poitrine idiopathiques. Leur allure est en général vive, leur marche rapide, et l'issue toujours à redouter; leur durée est de sept à quatorze jours environ. De même qu'un bon traitement abrège quelquefois la maladie, de même des circonstances opposées la font durer plus long-temps. La péricardite emporte quelquefois le malade dans deux ou trois jours. Une péricardite de moyenne intensité, dit le profes-

seur Bouillaud, traitée par notre méthode, se termine en général du septième au quatorzième jour : il y a des exceptions à cette règle.

La péricardite étant une maladie peu connue, fort difficile à diagnostiquer, il n'est pas encore permis d'en traiter en propositions générales. Les suivantes s'appliqueront à la pleurésie et à la pneumonie d'une manière plus spéciale.

Pour peu que ces maladies existent sur un sujet d'ailleurs sain, leur marche sera réglée ; et si le traitement ou toute autre circonstance ne viennent pas déranger cette dernière, des efforts médicateurs et des crises régulières se feront remarquer. La doctrine des jours critiques s'applique souvent très-bien aux inflammations de ce genre. « Lorsque, dit Pinel (1), il survient le quatrième ou le cinquième jour une sueur abondante, un flux hémorrhoïdal, une abondante sécrétion d'urine, ou des déjections bilieuses, ce sont des circonstances favorables à la terminaison. » La résolution s'opère du quatrième au septième jour, vers le quatorzième, vers le vingt-unième.

Fréquemment des excrétions, précédées de l'appareil phénoménal dit critique, annoncent cette résolution ; le plus souvent ce sont des

(1) Nosogr. philos., tom. II, pag. 409, 6e édit.

crachats semblables à ceux dont la description a été faite plus haut ; puis viennent, par ordre de fréquence, les épistaxis, les menstrues, les hémorrhoïdes, les sueurs, les urines sédimenteuses, les selles, etc.

La suppuration est toujours dangereuse, la gangrène le plus souvent mortelle.

La péricardite est, tout égal d'ailleurs, plus grave que la pleurésie et la pneumonie. Le malade y meurt le plus souvent dans une syncope, dans un accès de suffocation. Quoique ces terminaisons fâcheuses ne soient pas très-rares dans l'inflammation de la plèvre ou des poumons, néanmoins les sujets ont une agonie moins agitée ; souvent même le calme est revenu ; le mal a paru céder, à la vérité pour un œil inexpérimenté, lorsque la mort arrive.

Inflammation de poitrine, symptômes, effets d'une autre maladie. J'ai constaté la possibilité, je dirai même la fréquence de ces cas. Les affections dites bilieuses, catarrhales, ataxiques, adynamiques, fournissent souvent le caractère fondamental et constituent la nature de l'inflammation. D'autres fois celle-ci, qui était d'abord idiopathique, et par conséquent la source principale des indications, est dominée par celle des affections de ce genre à laquelle le sujet était le plus prédisposé ; et alors la phlegmasie est de-

venue un objet secondaire. Que de péripneumonies dont le traitement commence par la saignée, l'eau de gomme, et finit par le quinquina ! Une fièvre rémittente bien marquée avec des symptômes de faiblesse s'établit, et l'anti-périodique est alors le remède par excellence. Ces cas se remarquent principalement chez les paysans, les personnes à forces radicales peu énergiques, dans les pays marécageux. Je signalerai aussi la fièvre intermittente pleurétique, pneumonique, etc. Ici le caractère, l'allure, la marche, la durée, l'issue de la maladie, dépendent de l'affection principale, du génie épidémique, détails dans lesquels je ne puis pas entrer.

Inflammation de poitrine, accidents, complication. Ce sont toujours des événements graves, surtout lorsque rien ne les indique. Ces maladies ajoutent leur danger propre à celui de la maladie préexistante : les pleurésies, les pneumonies, les péricardites dites *latentes* appartiennent à cette catégorie. Le mal s'aggrave sans qu'on sache pourquoi ; ceci arrive assez souvent dans les fièvres éruptives, surtout chez les enfants. La péricardite survenant devant un rhumatisme ou un accès de goutte est un événement de la plus haute gravité.

PATHOLOGIE ANATOMIQUE DES INFLAMMATIONS DE POITRINE.

Les détails qui s'y rapportent sont très-connus ; je ne mentionnerai que ce qui me semblera plus important et plus général.

Sauf les circonstances de siége, l'anatomie de la pleurésie ressemble beaucoup à celle de la péricardite : ce sont d'abord des injections capillaires, des taches rouges, l'exhalation d'un liquide souvent sanguinolent qui renferme une matière concrescible albumineuse, qui d'abord amorphe s'organise plus tard, et constitue de fausses membranes parsemées de vaisseaux et qui peuvent parvenir à l'état tout-à-fait fibreux. Dans la péricardite, la surface interne de la membrane est rugueuse, inégale, chagrinée, réticulée, comme la paroi interne du bonnet ou second estomac d'un veau. D'après MM. Hope et Bouillaud, cette circonstance proviendrait du collement ou du décollement alternatif de la séreuse péricardine et de la séreuse cardiaque, qui ont probablement lieu par suite des battements du cœur. Cette explication me paraît suffisante.

D'après Laennec, l'épanchement séreux, dans la pleurésie, se constituerait lors des premières heures de l'existence de la maladie. Ce cas doit

réellement se présenter ; cependant ne sait-on pas qu'un des premiers effets de l'inflammation, à son début, est de diminuer les sécrétions de toute espèce ? Ce raisonnement est sanctionné par l'expérience, qui a démenti, dans la plupart des cas, que ce n'était qu'au bout de deux ou trois jours que l'épanchement pleurétique avait lieu (1).

L'anatomie pathologique de la pneumonie se résume sous les mots de ramollissement, hépatisation, infiltration purulente, modifications pathologiques sur lesquelles les auteurs donnent des détails très-circonstanciés.

L'inflammation de poitrine la plus commune, la pleuro-pneumonie présente à la fois des altérations pleurales et pneumoniques.

CAUSES INTERNES ET EXTERNES.

Ce sont d'abord toutes celles qui prédisposent aux inflammations : tempérament sanguin, jeunesse, pléthore, etc. ; toutefois, il faut se souvenir que le poumon étant un organe éminemment vasculaire, une pléthore locale peut s'y établir dans l'absence d'une pléthore générale ; aussi n'est-il pas rare de rencontrer des phleg-

---

(1) Leçons cliniques du professeur Rostan, in *France médicale*, 6 *décembre* 1836.

masies de cet organe chez des sujets débilités, des vieillards. Les causes sont prédisposantes ou occasionelles : parmi les premières, je signalerai une conformation vicieuse du thorax. L'expérience a appris que généralement les personnes grasses sont moins sujettes à la pleurésie et à la pneumonie (1). La pneumonie généralement est favorisée par les circonstances d'hypérémie locale ou générale, qui sont communes à toutes les inflammations.

La pleurésie et la péricardite se passent plus facilement de ces conditions. Le refroidissement subit, soit par l'eau, soit par l'air, les produit le plus fréquemment, et cela dans toutes les saisons ; la bronchite reconnaît bien des causes analogues, mais celle-ci règne davantage dans les constitutions froides et humides, et cesse dans les temps chauds et secs.

La pleurodynie, le rhumatisme, ont plus d'analogie qu'on ne croit avec la pleurésie, la péricardite. Les circonstances au milieu desquelles se développent ces maladies, sont souvent les mêmes. Quelques pleurésies et la plupart des péricardites sont dues à l'extension ou au déplacement d'une maladie rhumatismale.

Nous voyons ici un exemple d'une inflamma-

---

(1) Morgagni, lettre 20, § 10.

tion de poitrine due à une affection interne qui lui donne son cachet, et fournit les principales sources d'indications.

Jusqu'ici la péricardite semble avoir des relations plus étroites avec le rhumatisme qu'avec toute autre maladie. Il n'en est pas de même de la pleurésie et encore moins de la pneumonie : ces dernières sont fréquemment produites, ainsi que je l'ai dit au commencement de cette Dissertation, par des affections morbides bien différentes, parmi lesquelles on a déjà signalé des affections nerveuses, catarrhales, ataxiques, adynamiques, etc., des fièvres intermittentes. Les causes de ces inflammations sont donc primitivement celles de ces affections. Mais pourquoi la phlegmasie s'établit-elle à la plèvre ou au poumon plutôt qu'ailleurs ? Cela pourrait s'expliquer par une faiblesse donnée ou acquise de ces parties, ou par un état accidentel d'irritation qui appellerait vers ce point la fluxion phlegmasique que l'organisme vivant tend à réaliser.

Mais lorsque les pleurésies, les pneumonies dépendantes d'une affection plus haut placée dans l'ordre pathogénique, sont épidémiques, ce qui est assez commun, il faut croire que dans l'action de la cause générale épidémique il y a deux modes, dont l'un donne naissance à l'affection, et l'autre prédispose la poitrine d'une manière

fâcheuse, de manière à en faire le théâtre des principales scènes anatomo-pathologiques.

Les inflammations de poitrine qui surviennent pendant d'autres maladies, n'ont souvent avec elles que des liaisons fortuites, individuelles. On ne peut donc établir à ce sujet aucune règle générale, et on a bien fait d'appeler ces phlegmasies, des accidents, des épiphénomènes.

Il importe donc de distinguer, lorsqu'on étudiera les causes d'une inflammation de poitrine: 1° dans quelle relation celle-ci se trouve par rapport au système vivant, qui est lui-même morbidement affecté; 2° dans quelle relation la cause se trouve par rapport à l'état local, qui est la phlegmasie elle-même. Si l'on peut répondre à ces deux questions, que les causes trouvées aient une influence actuelle, et qu'elles soient susceptibles d'être combattues, on aura les véritables sources d'indications thérapeutiques.

THÉRAPEUTIQUE DES INFLAMMATIONS DE POITRINE.

Ce chapitre sera court, ce que j'ai à dire à ce sujet étant contenu dans ce qui précède; en effet, j'ai exposé mes idées de manière à pouvoir extraire aisément des canons pratiques. La guérison des maladies étant le but essentiel du médecin, il me semblait que toute exposition théorique et pratique devait être faite dans ce sens: c'est ce

que je me suis efforcé de réaliser dans le cours de ce travail.

Qu'on relise le paragraphe qui termine le chapitre précédent, on y trouvera la substance de la thérapeutique des inflammations de poitrine.

Il faut savoir la relation qui existe entre la phlegmasie et l'organisme vivant ; ainsi, si le trouble général est dû seulement à la phlegmasie, tout doit être dirigé vers la destruction de l'état inflammatoire local : telles sont, par exemple, les inflammations traumatiques dues à des plaies, des coups, etc. Si la phlegmasie est sous la domination d'une affection inflammatoire générale, celle-ci sera énergiquement combattue, et d'autant plus efficacement que les mêmes moyens tendront à améliorer l'état de la poitrine. Si la phlegmasie dépend d'une affection autre qu'une affection inflammatoire, il faudra s'occuper de l'état local ou de l'état général, suivant leur importance actuelle, leurs relations réciproques et le mode suivant lequel la santé ou la vie sont menacées ; le plus souvent, dans les cas de ce genre, le traitement de l'affection générale est celui qui doit passer en première ligne. Quelques moyens locaux propres à calmer l'irritation des voies pulmonaires et à diminuer l'intensité de la fluxion qui s'y forme, seront considérés comme auxiliaires ; mais il ne faudra les employer que

tout autant qu'ils ne contrarieront pas le traitement de l'affection principale.

Les inflammations de poitrine qui sont de purs accidents, des épiphénomènes, doivent être combattues avec énergie, d'autant mieux qu'elles deviennent souvent l'objet essentiel, et que leur apparition rend moins pressant le danger de la maladie qui existait déjà, en lui substituant leur propre danger. Toutefois, il faut adopter ici une méthode analytique et modifier le traitement de l'inflammation, suivant les indications fournies par le mal antérieur. C'est ainsi que, dans une variole, la pneumonie peut apparaître vers la fin ; alors il faut la traiter par les moyens appropriés, sans oublier que l'on a affaire à un sujet déjà débilité par une grave maladie, et qui a besoin de forces pour parvenir à une solution heureuse.

Ajoutons aux considérations que je viens d'émettre, la nécessité de satisfaire aux exigences de ce qu'on appelle génie épidémique, idiosyncrasie, tempérament de certains états qu'il importe de faire cesser, parce qu'on a tout lieu de croire que leur présence a contribué pour une part dans la formation de la maladie : telle serait une aménorrhée, par exemple, etc. ; vous aurez l'exposé le plus général des idées thérapeutiques qui se rapportent à l'objet de ce travail.

Lorsque la phlegmasie sera soumise à une affection de l'organisme vivant, combattez cette dernière, quelque étrange que vous paraisse la médication, sous le rapport de l'altération locale. Ainsi, n'hésitez pas à prescrire des toniques, des excitants, dans les cas de fièvre ataxique, adynamique, avec fluxions de poitrine; les saignées ou autres anti-phlogistiques seraient funestes. Dans une fièvre rémittente, intermittente, pneumonique, pleurétique, donnez le quinquina; tout au plus, durant les accès, il vous sera permis d'adresser des remèdes à l'inflammation elle-même, pour conjurer le danger actuel; mais vous n'obtiendrez la cure radicale qu'au moyen de l'anti-périodique.

Dans d'autres cas, où l'inflammation n'est pas autant *subalternisée* à l'affection générale, et où elle a son importance et son danger propre, vous adopterez une méthode analytique, vous satisferez alternativement aux indications les plus pressantes, et n'oublierez pas que c'est un double but que vous voulez atteindre, et que vos moyens ne doivent pas se contrarier mutuellement.

L'inflammation pure et simple réclame un traitement anti-phlogistique vigoureusement employé: les organes pectoraux sont éminemment vasculaires; la soustraction du sang est, tout étant égal d'ailleurs, plus nécessaire dans leurs mala-

dies que dans toute autre. La pneumonie réclame principalement la saignée générale, la pleurésie se trouve mieux généralement des sangsues. Dans la péricardite, la phlébotomie est indiquée, parce qu'il importe souvent de faciliter la circulation sanguine dans son organe central.

Dans les cas où la destruction de l'inflammation est l'objet essentiel, ne soyez pas arrêté par la faiblesse du sujet. Jadis on craignait de saigner passé tel jour, de tirer du sang aux enfants, aux vieillards; on sait maintenant que ces circonstances ne sont pas une contre-indication de la saignée dans tous les cas. Toutefois il ne faut pas trop accorder à l'art, et s'exposer à neutraliser par une activité importune les efforts médicateurs de la nature. Les saignées générales dérangent les crises; ainsi, quand celles-ci seront annoncées par leurs symptômes et qu'elles donneront des espérances, il faudra les respecter et user de la méthode dite naturelle.

La méthode empirique consiste dans l'emploi des antimoniaux à haute dose; on l'a utilisée jusqu'ici, principalement dans la pneumonie. Par son aide, on combat les complications gastriques et intestinales qui peuvent exister, on épargne le sang des malades; aussi la préfère-t-on chez les sujets débilités, et lorsque la médication analytique ou naturelle n'a pas réussi. Pour beaucoup

de médecins, le tartre stibié à haute dose est une ressource quand il ne sait plus que faire et que tout paraît perdu, et cette ressource, il faut le dire, est souvent efficace.

FIN.

Matière des Examens.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe ou interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène, Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne ou externe, Accouchements, Epreuve écrite en latin, Epreuve au lit du malade.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MESSIEURS :	MESSIEURS :
DUBRUEIL, DOYEN.	DELMAS.
BROUSSONNET.	GOLFIN.
LORDAT.	RIBES, *Examinateur.*
DELILE, *Suppléant.*	RECH.
LALLEMAND.	SERRE.
CAIZERGUES, PRÉSIDENT.	BÉRARD, *Examinateur.*
DUPORTAL.	RENÉ, *Examinateur.*
DUGÈS.	M. . . . .

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER, *Examinateur.*	FAGES.
KÜHNHOLTZ.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHÉ.
BROUSSONNET, *Suppléant.*	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ, *Examinateur.*	ESTOR.
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.